



## Farmasøytrevirering

Apotekbransjen jobber med å få etablert tjenester i norske apotek som gir økt tilgjengelighet til legemidler til befolkningen og samtidig ivaretar sikkerheten. Målet er å utarbeide en ordning bestående av to retninger, hvor den ene er betinget utlevering av visse reseptfrie legemidler, og den andre er farmasøytrevirering av enkelte reseptpliktige legemidler. For at ordningen skal være lett for publikum å forstå, foreslås et felles begrep - Apotekresept.

Argumenter for apotekresept er at farmasøyer har kompetanse som bør utnyttes bedre og farmasøytrevirering kan føre til at det blir færre legekonsultasjoner for enkelte resepter og dermed frigjøres tid hos legen. I tillegg vil apotekresept gjøre hverdagen enklere for de pasientene som kan få slike resepter rett fra apoteket. Det er også tre viktige argumenter mot. Farmasøyer skal ikke stille diagnose og farmasøytrevirering kan føre til at samhandling mellom leger og apotek kan bli mer krevende. Andre igjen mener at farmasøytrevirering strider mot prinsippet om at samme person både skal rekvirere og selge legemidler.

Temaet denne gangen har vi valgt å kalle for farmasøytrevirering. Det er det begrepet som foreløpig er mest brukt, selv om mange også bruker farmasøytutlevering, farmasøytforordning eller betinget utlevering. Kanskje kan apotekresept bli et begrep bransjen kan enes om i fremtiden?

# Enklere liv med apoteket

Legemidler mot øyekatarr kan hentes ut direkte fra apoteket. Hvis dette enkle tiltaket blir en realitet, kan samfunnet spare tapt arbeidstid tilsvarende 50 årsverk og legene kan få frigjort 5–10 årsverk til mer målrettet helsearbeid. I en hverdag preget av høye krav til effektivitet og i en fremtid hvor man spår akutt legemangel, er apotekresept et godt tips.

■ Av Hilde Ariansen, Apotekforeningen

Alt var mye mer komplisert før. Matbutikkene stengte klokka 15.00 og det var lange køer i apotekene for å hente ut reseptbelagt medisiner. Tilgjengeligheten på en del legemidler har blitt mye bedre for folk flest. Det betyr ikke at vi er i mål med å gjøre hverdagen enklere for folk og lage ordninger som gagnar samfunnet.

### Resepter fra apoteket

Apotekforeningen jobber med å få etablert tjenester i norske apotek som gir økt tilgjengelighet av legemidler til befolkningen og samtidig ivaretar sikkerheten. Apotekforeningen skisserer en ordning bestående av to retninger. «Betinget apotekutlevering» vil gjelde et nøye sammensatt utvalg av reseptfrie

legemidler og «farmasøytrekvirering» vil gjelde noen reseptpliktige legemidler. For at ordningene skal være lett for publikum å forstå, foreslås det å bruke begrepet «Apotekresept». Det enkelte legemiddel som omfattes av ordningene bestemmer hvorvidt det havner i den ene eller den andre kategorien, og dermed hvordan apoteket håndterer henvendelsen fra kundene. FarmaPro må støtte ordningene slik at all dokumentasjon og eventuell rapportering skjer her.

For farmasøytrekvirering kan for eksempel legemidler mot øyeinfeksjon, soppinfeksjon i skjeden, visse typer allergier og eksemmer, munnsår, hemoroider og neglesopp være aktuelle.

For betinget apotekutlevering kan for eksempel legemidler mot innvolls-

orm hos hund og katt være aktuelt, flåttforebyggende behandling av dyr, nødprevensjon og de smertestillende legemidlene Zon gel og Orudis gel.

### Legemidler mot øyekatarr

Legemidler mot øyekatarr er et av forslagene som Apotekforeningen mener kan gå inn i en ordning med farmasøytrekvirering. Et regnestykke som Apotekforeningen har gjort, indikerer at bare en ordning med apotekresept på legemidler mot øyekatarr kan spare mye tid. For foreldre med små barn med øyekatarr, vil apotekresepter forhindre tapt arbeidstid med til sammen ca. 25 årsverk. For eldre barn og voksne med behov for midler mot øyekatarr, vil ordningen kunne spare til sammen ytterligere ▶



Legemidler mot øyekatarr er et av forslagene Apotekforeningen mener kan gå inn i en ordning med farmasøytrekvirering.

ca. 25 årsverk. Og ikke minst sparer apotekresept på medisin mot øyekatarr 5–10 legeårsverk. Tallene forutsetter at halvparten av de 280 000 pasientene med øyekatarr kan bruke apotekresept i stedet for å gå til lege og at et legebesøk fører til 1–2 timer fravær fra arbeid, skole o.l.

### Pasientsikkerhet

Det finnes også argumenter mot å innføre en ordning med farmasøytrekvirering. Noen er skeptiske til at farmasøyter skal diagnostisere, og andre sier at det kan bli mer uoversiktlig med flere rekvirenter. Andre mener at ordningen vil være i strid med prinsippet om at samme person både skal rekvirere og selge legemidler. Apotekforeningen mener at det er fullt mulig å legge opp ordningen slik at den ikke kommer i konflikt med apotekets interesser som butikk eller behov for legekonsultasjon. For å få gjennomslag for tjenestene må det også kunne dokumenteres at ordningene ikke fører til en mindre oversiktlig legemiddelbruk. Fastlegen kan for eksempel motta informasjon om at en farmasøytrekvirering har funnet

sted via meldingsutveksleren i e-resept. Meldeplikt av bivirkninger for farmasøyter bør være en del av ordningene.

### Opplæring

Farmasøytrekvirering vil i starten kreve særskilt opplæring og jevnlig oppdateringskurs for farmasøyter. For betinget apotekutlevering vil det også være nødvendig med noe opplæring av de apotekansatte. Mye av opplæringen kan skje via enkel e-læring. På sikt kan man tenke seg at farmasøytrekvirering

blir en del av grunnutdannelsen for farmasøyter.

### Videre fremdrift

Apotekforeningen har bedt Helse- og omsorgsdepartementet ta initiativ til et møte for å videreføre drøftingene om bruk av farmasøytrekvirering. HOD er i kontakt med Helsedirektoratet for å vurdere hvordan farmasøytrekvirering skal håndteres videre, og vil komme tilbake til bransjen for å drøfte saken videre. ●

### Betinget apotekutlevering og farmasøytrekvirering

*Betinget apotekutlevering av reseptfrie legemidler kan bidra til bedre kontroll og bedret pasientsikkerhet. Denne ordningen kan brukes i stedet for å trekke tilbake reseptfri status for legemidler som av sikkerhetsmessige årsaker krever økt kontroll med omsetningen. Ordningen kan også være aktuell for legemidler som får endret reseptstatus i EU fra reseptpliktig til reseptfri status, og der norske myndighetene ønsker å opprettholde en ekstra kontroll. Slike legemidler vil ikke være tilgjengelig i apotekets selvvalg, men vil fås på henvendelse fra kunden. Alle apotekansatte bør kunne selge legemiddelet. Eksempler på slike legemidler er Alli, Zon/Orudis gel og orm- markmidler til hund og katt.*

*Farmasøytrekvirering av reseptpliktige legemidler kan bidra til økt tilgjengelighet av legemidler som er sentralt klassifisert som reseptpliktige, og der sikkerhet og kontroll kan ivaretas og dokumenteres gjennom rekvireringsskjemaet.*



Foreldre med små barn med øyekatarr kan til sammen forhindre tapt arbeidstid med ca. 25 årsverk, hadde de kunnet få apotekresept.



# Vil ha tettere samarbeid med farmasøyer

Riktig legemiddelbruk gir økt pasientsikkerhet. Det kan skje ved at farmasøyer og leger samarbeider tettere. Men de to yrkesgruppene skal ikke gå hverandre i næringsen.

■ Av Bjørn Kvaal

Det mener fastlege Morten Finckenhagen.

## Jobber for medisinliste

Fastlegen har 28 års erfaring som allmennlege ved samme legekontor i Bærum. Finckenhagen jobber også deltid som universitetslektor ved Universitetet i Oslo og som praksiskonsulent ved avdeling for geriatri, slag og rehabilitering ved Bærum sykehus.

Han var medlem av Helsetilsynets prosjektgruppe for etablering av Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS).

I 2009 lanserte han ideen om en plakatkampanje rettet mot pasientene der de oppfordres til å be fastlegen skrive ut en liste over deres faste medisiner. Listen skal de alltid ha med seg og vise frem hos andre leger og på apotek. Han ble også valgt til å lede en pilot for delprosjektet «Legemiddelsamstemming» i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender».

## Vil ha nye oppdrag

Farmasøyer kan mye om farmakologi og legemidler. De mener derfor at de gjennom samtale med pasienten og bruk av strukturerte skjema bør få rett til å forskrive utvalgte medisiner godkjent fra helsemyndighetene.

Ved legestudiet i Oslo har farmakologi mistet status som selvstendig fag. Nå er det integrert i kliniske fag. Samtidig kommer det stadig nye og mer avanserte medisiner. Flere pasienter lever lenge med kronisk sykdom.

– Farmakologi er et krevende fag som utvikler seg raskt. Mange leger synes det er vanskelig å holde seg oppdatert, sier Finckenhagen.

## Trenger lydtette rom

– Vi er på vei inn i eldrebølgen og vet at eldre har det største legemiddelforbruket. Faren for feilbruk, bivirkninger og interaksjoner øker også fordi stadig flere behandlere er involvert. Det underbygger at leger stadig oftere vil trenge faglig støtte fra farmasøyer rundt medisiner, sier Finckenhagen.

Han mener økt bruk av farmasøyer også kan spare pasienten og helsevesenet for tid og penger. Men skal farmasøytene få begrenset forskrivningsrett, må det stilles samme strenge krav som til leger rundt taushetsplikt med fortrolige samtaler i egne lydtette rom, dokumentasjon i form av journalføring, og fullt erstatningsansvar ved eventuelle pasientskader som følger feil diagnose eller behandling.

## Trenger klinisk trening

Finckenhagen ser også en del andre utfordringer med forskrivningsrett for farmasøyer:

- Farmasiutdanningen mangler omfattende klinisk trening i diagnostikk basert på undersøkelse av levende pasienter. Det tar legene mange år å utvikle et godt klinisk skjønn, noen hevder minst fem år etter eksamen og turnustjeneste.
  - Derfor bør farmasøyer etter min mening fritas fra selvstendig ansvar for diagnostikk og behandling, sier Finckenhagen.
- Apotekloven gjør et prinsipielt viktig skille mellom lege og farmasøyt, fordi farmasøyer og deres apotek har økonomiske interesser i produktene de selger.

- – Som fastlege på samme sted i 28 år kjenner jeg familier i opptil fire generasjoner. Dette kan være uvurderlig kunnskap når jeg skal stille diagnose, og forstå pasienten og hans tilstand. Denne historikken og inngående kjennskapen har ikke farmasøyer, sier Finckenhagen.

- Farmasøyer er flinke til å stille spørsmål rundt pasientens helse og legemiddelbruk, og bør bli enda flinkere til dette. Legemiddelgjennomgang basert på pasientens medisinliste fra fastlegen er etter Finckenhagens skjønn en av farmasøytens viktigste fremtidige oppgaver.

## – Nyttig å vente på lege

*Rundt ti prosent av sykehusinnleggelse har bakgrunn i feil bruk av legemidler, så en god klinisk lege er vel ikke alltid tilstrekkelig?*

– Leger kan som alle andre yrkesgrupper bli flinkere, akkurat som ruter og systemer må bli bedre. Men jeg mener at det ikke vil være i pasientens interesse å hoppe over legen og gå rett til farmasøyt. Det vil ofte være til pasientens beste å vente på time hos lege på grunn av den ulike kompetansen hos de to yrkesgruppene og fordi apotek ikke er økonomisk uavhengig i rådene de skal gi, sier Finckenhagen.

## Vil ha årlig gjennomgang

Derimot ser han samarbeid mellom de to profesjonene som veldig nyttig. For eksempel at lege og farmasøyt samarbeider om en årlig legemiddelgjennomgang for pasienter som bruker tre eller flere medisiner. ►

– Kanskje kunne folketrygden eller kommunehelsetjenesten dekke disse kostnadene. Jeg tror det ville vært lønnsomt. Når du bruker mer enn tre medisiner øker faren for interaksjoner, og særlig når du kjøper reseptfrie legemidler i tillegg, sier han.

*Er leger skeptiske til farmasøytrekvirering fordi det reduserer inntjeningen deres?*

– Jeg håper det ikke er mye av det. I Norge har vi ikke overskudd av leger. Undersøkelser fra andre land med legeoverskudd har vist at det ikke er gunstig verken for dødeligheten, folkehelsen

eller samfunnsøkonomien. Avlastning av legen gjennom delegerede oppgaver er fornuftlig og brukes stadig oftere ved at for eksempel sykepleiere overtar ansvar for rutinekontroller ved sykehuspoliklinikk, sier Finckenhagen.

Han skulle gjerne hatt mer avlastning i sin praksis, men mener pasientens interesser må komme først.

– Billige løsninger gavner ikke alltid brukerne, sier han og legger til at behovet for fastleger vil kunne komme til å øke voldsomt i årene som kommer. Beregninger har vist at den vedtatte Samhandlingsreformen vil utløse et behov for 2000–3000 nye fastleger.

### Trenger kunnskapen

Finckenhagen mener at i stedet for å utvide forskrivningsrett til farmasøyter, må det heller vurderes om noen flere reseptpliktige legemidler kan gjøres reseptfrie.

– Farmasøyter har plikt til å gi råd ved salg av potensielt farlige, reseptfrie legemidler. I tillegg kan de be om å se på legemiddellisten til pasienten for å avdekke fare for interaksjoner, sier Finckenhagen.

Samtidig er han opptatt av at dette ikke skal føre til at flere medisiner også

skal selges i dagligvarehandelen og på bensinstasjoner der ingen har kompetanse til nødvendig pasientveiledning.

– Du kan i verste fall dø av Ibox og lignende medisiner tatt alene eller i kombinasjon med andre legemidler, sier han.

### Liker ikke salgspress

*Uten bedre inntjening sier apotekerne at de må satse ytterligere på velværeprodukter eller redusere åpningstiden. Er det en grei utvikling?*

– Der er noe av utfordringen som gjør Apotekloven så viktig. Farmasøyter er ansatt av apotekkjeder som vil og må ha overskudd. Apotekene kan gjerne markedsføre velværeprodukter. Selv synes jeg det er på kanten, for du blir møtt av forbruksvarer og ting du oftest ikke trenger. Leger får til sammenligning ikke markedsføre «tull og tøys» i sine lokaler, sier Finckenhagen.

Han mener at de mange nye varene på apotekene skaper salgspress som kan være utilbørlig.

– Apotekerne må aldri glemme at pasienter er i en svak og sårbar posisjon. Men denne utviklingen er jo også en konsekvens av liberalisering av apotekvesenet, sier Finckenhagen.

### Solgte 250 000 pakninger

Utenom influensasessongene selges det normalt bare noen hundre pakninger med reseptbelagt Tamiflu hver måned. Etter at farmasøytrekvirering ble innført 5. november 2009, endte salget på 250 000 pakninger for hele november dette året.

– Det er lite som tyder på at apotekene misbrakte tilliten under svineinfluensaen, da de kunne forskrive antivirale legemidler. Organiseringen i denne perioden fungerte bra og var en fornuftig måte å gjøre det på. Men det bør ikke skape presedens for nytt prinsipp. Svineinfluensaen og utlevering av medisiner på apotek skjedde i en helt spesiell situasjon, sier Morten Finckenhagen. ●

*– Jeg er skeptisk til begrenset forskrivningsrett til farmasøyter, men ønsker tettere samarbeid med dem, sier allmennlege Morten Finckenhagen, mannen bak ideen om en plakatkampanje rettet mot pasientene der de oppfordres til å be fastlegen skrive ut en liste over deres faste medisiner. (Foto: Bjørn Kvaal)*



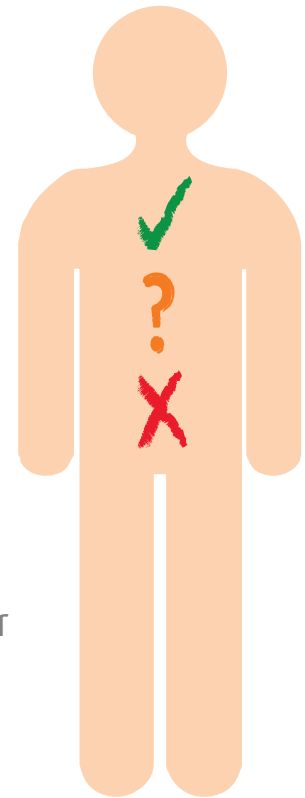
# 14 rekvireringer

Legens vurdering av 14 forslag til farmasøytrekvirering:

Ja: 6    Nei: 6    Tja: 2

Det foreligger ingen ferdig bearbeidet liste over legemidler som kan være egnet for farmasøytrekvirering. Apotekforeningens tidsskrift har tatt utgangspunkt i en oversikt som er gjengitt i rapporten «Evaluering av farmasøytrekvirering». Den er laget av konsulentfirmaet Econ Pöyry for Helse- direktoratet. Her er fastlege Morten Finckenhagens vurderinger av denne listen:

■ Av Bjørn Kvaal



## Soppinfeksjon i munn:

(Mycostatin)

Et ufarlig preparat som kan gjøres reseptfritt. Midler til behandling av soppinfeksjoner i huden og i skjeden er til sammenligning reseptfritt.

kan teoretisk føre til utvikling av resistente virus. Bør kunne utleveres direkte fra apotek under kraftige influensaepidemier.



## Forkjølelse:

(Mucomyst/Bronkyl)

Ufarlige midler. Kan være reseptfrie som mange andre hostemidler med dårlig dokumentert effekt. Bør selges med informasjon i pakningsvedlegg og personlig råd fra farmasøyt. Hoste kan nemlig være et viktig symptom på alvorlig, underliggende sykdom som bør utredes av lege.



Kan trolig gjøres reseptfritt med personlig rådgivning fra apotekansatt.

## Urinveisinfeksjon (UVI):

(Trimetoprim)

Dreper bakterier, virker på cirka tre av fire ukompliserte infeksjoner. Men friere bruk av antibiotika er ikke bra. I Norge har vi vært strenge på dette, i andre land selges antibiotika reseptfritt og bredspektret. Man øker da risikoen for multiresistente bakterier. Leger bør stille UVI-diagnose. Sykdommen forverres tidvis til nyrebekkenbetennelse og livstruende blodforgiftning. Kjønnssykdommer kan dessuten ha samme symptomer som UVI.



TJA

## Øyeinfeksjon:

(Kloramfenikol/ Fucithalmic)

Det kan ofte være vanskelig å skille mellom plagsomme, men ufarlige infeksjoner i øyet og alvorlige tilstander der rask diagnose og behandling hos øyespesialist kan være avgjørende for å unngå varig øyeskade og synssvekkelse. Derfor er jeg skeptisk til farmasøytrekvirering. Skal det gjøres reseptfritt, må det stå i bruksanvisningen at pasienten oppsøker lege hvis vedkommende ikke blir bedre innen 24 timers behandling.



## Nesespray for å lette amming:

(Syntocinon)

Vansker ved amming kan ha sammensatte årsaker og mor er i en sårbar fase. God amming bør være på plass innen en uke etter fødsel. Hvis mor strever hører dette hjemme hos helsesøster, lege eller Ammehjelpen. Hvis omsorg og informasjon er ivaretatt, er middelet ufarlig.



## Røykavvenning:

(Zyban)

Å slutte å røyke gir utrolig helseeffekter. Reseptfri nikotinerstatning via plaster eller tyggegummi er et framskritt. Zyban skal hjelpe røykeren til avvenning, men inneholder et legemiddel som også ►



## Influensa:

(Tamiflu/Relenza)

Få bivirkninger, virker ofte. Det har vært bekymring for hamstring. Ukritisk bruk

brukes i behandling av psykiske lidelser og kan gi en rekke til dels alvorlige bivirkninger. Legen er best egent til å ta ansvar for behandlingsopplegget. Røykeavvenning er effektivt, særlig hvis brukeren får god oppfølging, gjerne hos fastlegen. Stadige sprekk kan gi behov for oppfølging i årevis.



**Menstruasjons-utsettelse:**

(Primolut-N)

Trolig ufarlig og kan gjerne bli reseptfritt med obligatorisk veiledning. Nødprensjon (angrepille) som inneholder kraftigere doser av lignende hormoner er allerede reseptfritt.



**Munnsår:**

(Større pakker Zovirax/Vectavir)

Dyre preparater, så pasienten bør være sikker på hva plagene er. Men virusmunnsår kjenner ofte pasienten, fordi det kommer som regel igjen. Kan gjerne være reseptfritt, men med rådgivning fra apotekansatt.



**Reisemedisin:**

(Malariamidler/ Drikkevaksine (Dukoral)) Noen malariamidler inneholder stoffer som kan gi alvorlige bivirkninger. Malaria kan være dødelig, så viktig med god sjekk om hvor du skal reise, hva som trengs av medisiner, vaksiner og andre reiseråd. En slik reisemedisinsk konsultasjon kan skje hos fastlege eller

vaksinasjonskontor. Lege eller erfaren sykepleier må inn i reiseanamnesen for å avdekke risiko for sykdommer og forklare riktig bruk, ikke minst hvis små barn skal være med. Drikkevaksine hører hjemme i reisemedisinsk konsultasjon, men er ofte unødvendig og kan gi falsk trygghet. Den virker bare mot kolera og visse E-coli bakterier, men ikke mot salmonella og lignende som er vanligere ved turistdiareer.



**NEI**

**Allergi:**

(Større pakninger/utvidet sortiment)

Mange tror de har allergi uten at det er bekreftet, og mange bruker legemidler mot dette hele året uten at det har hensikt. Allergi kan gi alt fra bagatellmessige plager til alvorlig astma og livstruende anafylaktiske sjokk. Dette kan ikke farmasøyer diagnostisere. God sykehistorie og testing er viktig. Reseptfrihet for pakkings-tørrelse opp til 30 tabletter bør opprettholdes.



**TJA**

**Acne:**

(Midler til lokal bruk) Middel til lokal bruk kan være reseptfritt unntatt når det inneholder antibiotika. Acne er en kronisk, skjemmende hudsykdom med dokumenterte psykososiale tilleggsbelastninger som svekker selvfølelse. Det kan gi sosial isolasjon og tildels alvorlige depresjoner. At behandlingen ikke er på blå resept synes jeg er

medisinsk og moralsk uforståelig. Sykdommen kan vedvare i flere år. Behandling av alle andre kroniske hudsykdommer får du dekket på blå resept. Lever pasienten på studielån er dette dyre medisiner.



**NEI**

**Bendelorm:**

(Vermox)

Vanskelig diagnose å stille. Skal ikke behandles på mistanke eller basert på råd fra apotek. Ved sterk kløe i endetarmen og mistanke om barnemark, så er Vermox allerede reseptfritt.



**NEI**

**Prevensjon:**

(P-piller)

Det er mange utfordringer i møte med folks prevensjonsbehov. Samtalen hører hjemme i et lukket rom. Ung jente som skal ha p-piller første gang bør få vite at det ikke beskytter mot kjønnssykdommer. Det er viktig også å snakke om sexpress hvis brukeren er ung. Det trengs ikke underlivsundersøkelse, men konsultasjonen bør likevel skje hos helsesøster, jordmor eller lege.

Lege bør kartlegge risikofaktorer som arvelige blodproppsykdommer. I ferien kan det være vanskelig å få tak i egen lege. Derfor bør nødekspedering av prevensjon håndteres liberalt. Alternativet vil lett kunne bli økt etterspørsel etter reseptfrie angrepiller etter lyse sommernetter med «festivalfeber».

Forskrivning av p-piller bør ikke skje på apotek. ●



# Farmasøyt rekvirering i andre land





Oversikten over farmasøytrekvirering i andre land er hentet fra Econ Pöyrys rapport om farmasøytrekvirering, hvor de har gjennomført et litteratursøk på hvilke systemer andre land har for rekvirering av legemidler fra apotek. Deler av avsnittet om England er hentet fra Apotekforeningens tidsskrift 04|2009.

### Europeiske land

De fleste europeiske land har hatt en lang tradisjon for å begrense legemiddelsalg til apotek, med de siste årene har det blitt vanligere å tillate salg av enkelte legemidler utenom apotek. Distribusjonen av legemidler varierer fra land til land. EU har ikke sett at det er noen fordeler ved bestemte systemer, og har derfor latt det være opp til det enkelte land å avgjøre.

### England

England har i flere år hatt forskrivningsrett for grupper som sykepleiere og farmasøyer etter visse retningslinjer og begrensninger. Etter det engelske systemet kalles denne type forskrivning «independent prescribing» – eller uavhengig forskrivning. I tillegg finnes en ordning som kalles «supplementary prescriber» der enkelte grupper helsepersonell kan rekvirere legemidler i partnerskap med en lege eller en tannlege.

Alle apotek i England er forpliktet til å yte såkalte essensielle tjenester. Et eksempler er Dispensing og repeat dispensing services. Farmasøyt på apoteket kan fornye resepter, dette for å spare legekantorene for unødig arbeid. (I England har legene ikke anledning til å reitere resepter for et år, de fleste resepter skrives ut for 1–3 måneders forbruk).

Hvis apoteket og farmasøyten har gjennomgått akkreditering kan apoteket tilby såkalte avanserte tjenester. Et apotek kan inngå avtale med sin lokale PCT om å tilby lokalt tilpassede tjenester i apotek som stykkprisfinansieres.

Dette gir de lokale helsemyndighetene mulighet til å påvirke det lokale helsetilbudet og møte lokale utfordringer. Slike tjenester utvikles i samarbeid mellom legene, apotekene og PCT. En av disse tjenestene er Patient Group Directions. Det vil si at farmasøyten kan utlevere visse legemidler på trygdens regning for en utvalgt pasientgruppe etter gitte kriterier. Dette innebærer for eksempel utlevering av nødprevensjon, midler mot klamydia og nikotinerstatningsprodukter, i tillegg til influensavaksine.

### Italia

Italia har to legemiddelkategorier; reseptbelagte og reseptfrie. Alle reseptfrie legemidler kan selges i alle typer utsalg, men for salg av de fleste reseptfrie legemidler er det et krav at en farmasøyt skal være til stede. Det innebærer at majoriteten av reseptfrie legemidler plasseres i en OTC- (over the counter) /farmasøytkategori. Farmasøyten er forventet å gi kunden tilstrekkelig informasjon om riktig bruk av det reseptfrie legemidlet, men det er ingen spesielle krav til hva slags veiledning kunden skal ha.

### Nederland

I Nederland opererer de med fire legemiddelkategorier; reseptpliktig, reseptfri – men kun apotek, reseptfri – men kun apotek og drugstore, reseptfri – generelt salg (OTC).

De siste tre kategoriene er altså alle ikke-reseptpliktige. Apotekkategori er reservert legemidler som krever kontakt med apotekansatte, det trenger ikke nødvendigvis være en farmasøyt, men farmasøyten skal være fysisk til stede under salg av legemidlene. Det er ingen spesielle krav til hva slags informasjon som skal gis til kunden. Det er relativt få legemidler som er plassert i denne kategorien.

### USA

USA har to legemiddelkategorier: reseptbelagt og reseptfri. Reseptfrie legemidler (OTC) er tilgjengelig for

salg uten resept i apotek eller i andre utsalg.

Reseptpliktige legemidler må rekvireres fra en lege, sykepleier eller en type assistenter med rekvireringsrett. I USA har det flere ganger vært foreslått å utvide klassifiseringssystemet til å omfatte en intermediær kategori (BTC – behind the counter) som omfatter legemidler der en farmasøyt må være involvert i salget.

Farmasøytens mulighet til å rekvirere avhenger både av føderal og statlig lovgivning. Den føderale lovgivningen i USA krever at resepter blir rekvirert av «practitioners», men det er opp til den enkelte stat å definere hva en «practitioner» er. I Florida inkluderer denne gruppen farmasøyer. De fleste statlige lovgivninger foretrekker en modell der farmasøyten er en avhengig rekvirert og rekvirerer etter en avtale med lege eller annen behandler (practitioner) som har gitt farmasøyten delegert fullmakt/myndighet til å rekvirere.

Uavhengig rekvireringsmyndighet innebærer at forskriver er autorisert til



Farmasøyer i USA kan rekvirere ut blant annet røykesluttprodukter.

å rekvirere medisiner selvstendig. Men farmasøyter kan bare rekvirere fra et begrenset utvalg legemidler og ved hjelp av faste retningslinjer. Legemidlene som kan rekvireres av farmasøyt omfatter bl.a. orale analgetika, kvalmestillende midler, antihistaminer, slimhinneavsvellende og røykesluttprodukter.

### Canada

I Canada praktiserer de farmasøytrekvirering, men rekvireringsmulighetene er begrenset og varierer på tvers av provinser. Der det finnes er det hovedsakelig basert på en samarbeidsmodell som involverer en avtale mellom lege og farmasøyt. Det vil si at farmasøyten er delegert myndighet til å rekvirere legemidler under tilsyn av en lege.

Enkelte stater tillater uavhengig farmasøytrekvirering av nødprevensjon.

### New Zealand

I New Zealand har de en kategori for legemidler kalt «Pharmacist only medicines» som omfatter et begrenset utvalg legemidler som kan kjøpes fra farmasøyt i apotek uten lege-resept. Det er kun sertifiserte farmasøyter som kan selge legemiddelet. Ved salg av disse legemidlene skal farmasøyten stille bestemte kontrollspørsmål og gi forhåndsbetemt informasjon. Farmasøyten skal registrere navn og adresse på kjøper.

Legemidler mot følgende tilstander omfattes av ordningen: Kramper, Øyeinfeksjoner, Neglesopp, Høysnue/rhinit, Hemoroider, Munnsår, Vorter, Kvalme forårsaket av migrene, Milde hudproblemer (kløe, utslett, soppinfeksjoner), Soppinfeksjoner i munn og Soppinfeksjoner i skjede.

### Australia

Australia har et komplekst klassifiseringssystem for legemidler med flere nivåer, som blant annet inkluderer

- Nivå 2: Tilgjengelig på apotek. Kontakt med farmasøyt ikke påkrevd.

- Nivå 3: Tilgjengelig på apotek. Kontakt med farmasøyt påkrevd.
- Nivå 4: Tilgjengelig bare på resept – gjennom farmasøyt eller annen autorisert selger.

For noen medikamenter i noen stater er det eksplisitte krav til hva farmasøyten skal veilede kunden i ved kjøp av reseptfrie legemidler (nivå 3). Det er ingen veiledningskrav til apotekklassen legemidler (nivå 2). ●



*I New Zealand kan et begrenset antall legemidler kjøpes fra farmasøyt i apotek, kalt «Pharmacist only medicines». Legemidler mot milde hudproblemer omfattes av ordningen.*



# Klare for mer

– Mitt inntrykk er at apoteknæringen og farmasøytene er veldig klare for å yte mer, sier Lisa Reiakvam i Econ Pöyry. Hun har vært med på å evaluere farmasøytrekvirering av antiviralia på oppdrag fra Helsedirektoratet.

*– Hovedargumentet mot farmasøytrekvirering er at farmasøytene ikke kan stille diagnose, argumentene for er at de likevel har kompetanse som kan utnyttes bedre, sier Lisa Reiakvam i Econ Pöyry. (Foto: Vendil Åse)*

■ Av Vendil Åse, Apotekforeningen

Helsedirektoratet ønsket å få evaluert farmasøytrekvirering av Tamiflu og Relenza. I tillegg ønsket direktoratet en vurdering av om farmasøytrekvirering kan være et egnet tiltak for andre legemidler. Rapporten Evaluering av farmasøytrekvirering ble ferdigstilt i april i år.

– Vi har snakket med mange aktører i bransjen og med myndighetene. De fleste har vært veldig fornøyde. Apotekene fikk til og med et takkebrev fra statsråden, sier Lisa Reiakvam.

## Bryter med Apotekloven

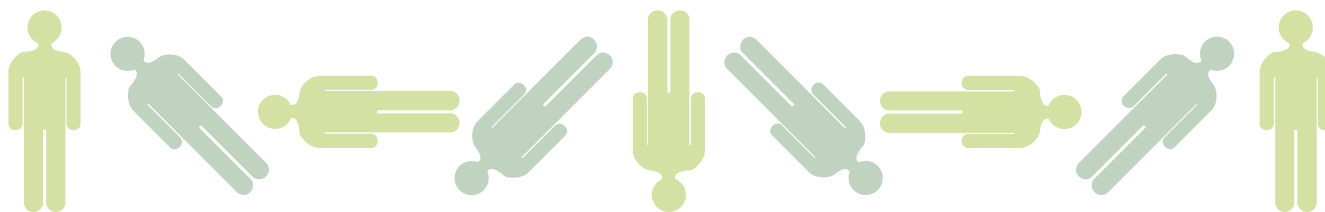
Reiakvams ryggmargsrefleks var at farmasøytrekvirering ikke var noe man burde bruke for mye.

– Det bryter med et av de grunnleggende prinsippene i Apotekloven om at salg og forskrivning skal skilles. Forskrivende leger kan for eksempel ikke eie apotek. Heller ikke legemiddelindustrien. Men etter hvert som vi satte oss inn i ulike tiltak, og så hvordan dette også fungerer i andre land, fikk vi flere detaljer rundt omsetning av legemidler som gjorde at konklusjonen ikke ble så kategorisk. Det er ikke slik at farmasøytrekvirering er en ordning som for en hver pris bør unngås. Det finnes gode argumenter både for og imot, sier hun.

Konklusjonen i rapporten er som følger: *Om farmasøytrekvirering er et*

*egnet virkemiddel for permanent bruk må vurderes for ett og ett legemiddel. Vurderingen må baseres på om legemidlene egner seg for egenomsorg, og hvilken bistand farmasøyten kan gi. En eventuell ordning må ha et visst omfang for å legitimere ressursbruk og for å bli velfungerende i apotek og kjent i befolkningen.*

– Det er to viktige argumenter mot farmasøytrekvirering: at farmasøytene ikke kan stille diagnose og at samhandlingen mellom leger og apotek blir mer krevende. Parallelt avdekket vi to argumenter for: farmasøytene har kompetanse som bør utnyttes bedre i distribusjonen av legemidler og det kan



bli færre legekonsultasjoner for enkle resepter. Vi har ikke gitt en ubetinget anbefaling om videreutvikling av farmasøytrekvirering og har heller ikke en oppskrift på hvordan en slik ordning eventuelt skal implementeres. Det må vurderes for hvert enkelt legemiddel. Econ Pöyrys anbefaling er at hvis myndighetene ønsker å åpne opp for farmasøytrekvirering bør det være et stort nok antall legemidler som kan inkluderes i denne ordningen.

– For det er paragrafer som må forandres, ordningen må utarbeides, noen må forvalte den, personalet i apotek og befolkningen må læres opp. Alt dette tilsier at en eventuell ordning med farmasøytrekvirering bør være av et visst omfang, sier Reiakvam.

### Se til andre land

En del av oppdraget var å lage en oversikt over hvilke ordninger som finnes i andre land.

– Vi har gått igjennom en del internasjonal litteratur. Utfordringene med en slik komparativ studie er at andre land har helt annerledes, men like komplekse, helsesystemer som Norge. Når man studerer enkeltordninger i andre land, er det en fare for at man får en for overflattisk forståelse. I en slik evaluering som vi har gjort kan vi ikke sette oss inn i alle deler av andre lands helsevesen. Men gitt de utfordringene vi møtte når vi laget oversikten, så er det morsomt å se at, oj, de tenker sånn i andre land også. Og like interessant er det å se når de tenker helt annerledes, sier Reiakvam.

*Hvorfor tror du myndighetene i Norge er så restriktive i å bruke apotek som leverandør av andre helsetjenester enn salg av og informasjon om legemidler?*

– Det tror jeg henger sammen med den norske behandlingstradisjonen, arbeidsfordelingen mellom ulike typer helsepersonell og ressursene i ulike

deler av helsetjenesten. I noen land er det langt mellom leger og sykehus, mens apotekene står på rekke og rad. Da kan det være naturlig å gi apotekene en utvidet rolle. I Norge har det tradisjonelt vært langt mellom apotekene. Det var situasjonen inntil vi fikk den nye apotekloven i 2001. Historisk har ikke betingelsene vært til stede for å gi apotekene mange forskjellige oppgaver. Det kan endre seg.

### Øke tilgjengelighet for pasientene

Apotekbransjen mener at farmasøytrekvirering er en fornuftig måte å øke tilgjengeligheten til visse legemidler, akkurat som legemidler i LUA er det.

– Jeg kjenner ikke LUA-ordningen og regelverket i detalj, men har likevel noen generelle betraktninger om reguleringen av legemiddelmarkedet. Det er viktig å huske på at markedet er svært heterogent. Det omsettes tusenvis av ulike produkter som virker på forskjellige sykdommer og har ulik giftighetsgrad. Reguleringene må gjenspeile heterogeniteten. Legemidlene i LUA er i utgangspunktet reseptfrie, relativt ufarlige og ingen diskuterer om de egner seg for egenomsorg. Aktuelle kandidater for farmasøytrekvirering er mer komplekse legemidler. De har virkeområder som ikke alle pasienter fult ut kan forstå og regulere selv. For pasienten kan det være vanskelig å stille egen diagnose og legemidlene kan i større grad gi alvorligere bivirkninger. Derfor må det gjøres spesifikke vurderinger for hvert enkelt legemiddel som kan være aktuell for en ordning med farmasøytrekvirering. Målet med LUA var økt tilgjengelighet og redusert prisvekst. Lavere priser på legemidler har aldri vært nevnt i forbindelse med farmasøytrekvirering. Som jeg var inne på tidligere dreier argumentene seg om optimal utnyttelse av kompetanse og effektiv ressursbruk.

Hun mener at hvis man kun ser på tilgjengelighet av legemidler, så er farmasøytrekvirering et fornuftig tiltak.

– Men det er isolert sett. Man kan ikke bare vurdere tilgjengelighetsaspektet. Formålsparagrafen i apotekloven er bred, og målene går i ulik retning. God tilgjengelighet er ett av målene. Fjerner vi reseptplikt og tillater hvem som helst å selge legemidler, får vi lav måloppnåelse på forsvarlig utlevering og riktig legemiddelbruk. Man må balansere de ulike hensynene.

### Forutsigbare profesjonsforskjeller

For å kartlegge hvordan ordningen med farmasøytrekvirering har fungert, har Reiakvam intervjuet både leger og farmasøyter og utført en spørreundersøkelse blant begge grupper.

– Vi fikk en del forutsigbare uttalelser. Generelt er farmasøytene mer positive til farmasøytrekvirering enn legene. Men skillelinjene er ikke helt entydige. Mange leger og farmasøyter svarer likt på konkrete spørsmål om samhandling, pasientsikkerhet, avlastning av fastleger og så videre. Ikke alle farmasøyter er 100 prosent for, ikke alle leger er 100 prosent imot, sier Reiakvam.

Hun skjønner at brorparten av farmasøytene er klare for andre oppgaver.

– En farmasøyt har lang utdanning, og de fleste jobbene er i salgsapparatet. Farmasøytene er motiverte fordi de har et ønske om å bruke faget bedre. Apotekkjedene prøver å ta nye markedsandeler og finne nisjer de kan gå inn i, sier hun.

Nå lever rapporten sitt eget liv.

– Nå er rapporten offentliggjort. Helsedirektoratet skal bruke den videre i interne prosess og i diskusjoner mellom departementer, direktoratet og Legemiddelverket, sier Lisa Reiakvam.

Rapporten kan lastes ned på sidene til Econ Pöyry: [www.econ.no](http://www.econ.no) ●

# Med utenlandske og farmasøytiske øyne



20. mai i år var to mastergradsoppgaver i farmasi ved Universitetet i Bergen om farmasøytrekvirering ferdig. De to studentene har et felles tema, men skriver fra to ulike perspektiver. Iljen Rossemyr skriver fra farmasøytens perspektiv og Ida Hjetland Løland ser på internasjonale trender.



Iljen Rossemyr og Ida Hjetland Løland har skrevet hver sin masteroppgave om farmasøytrekvirering. (Foto: privat)

## **Iljen Rossemyr: Farmasøytrekvirering av legemidler sett fra farmasøytens perspektiv**

Mastergradsstudent Iljen Rossemyr har intervjuet åtte farmasøytter og skrevet en avhandling om intervjuobjektens tanker rundt farmasøytrekvirering. Formålet med studien var å evaluere hvor klare farmasøytter er for fremtidig farmasøytrekvirering, og hva som eventuelt må ligge til grunn for en vellykket ordning. Intervjuene avdekket at alle de intervjuede farmasøytene forstår farmasøytrekvirering som en utleveringsrett på reseptpliktige legemidler med visse utleveringskriterier. De ser på en slik ordning som faglig utfordrende, spennende og interessant, og som en mulighet til å utnytte den kompetansen farmasøytter besitter. Det påpekes imidlertid at det er behov for kursing og klare retningslinjer, samt at

det må være enkelt å dokumentere elektronisk. Intervjuobjektene mener videre at rekvirering må skje etter et fastsatt skjema med standardiserte spørsmål, som er hevet over kjedenivå, og gjelde alle farmasøytter. Farmasøytene anser at innføring av en slik ordning vil avlaste primærhelsetjenesten og gi økt tilgjengelighet av legemidler for pasienten.

## **Ida Hjetland Løland: Farmasøytrekvirering – skal Norge følge internasjonale trender?**

Mastergradsstudent Ida Hjetland Løland har undersøkt hvilke modeller for farmasøytrekvirering som finnes internasjonalt. I hennes oppgave presenteres også drivkrefter og trender for og imot en ordning med farmasøytrekvirering, og det diskuteres en eventuell fremtidig ordning med farmasøytrekvirering i Norge. Hjetland har tatt for seg farma-

søytrekvirering/-utlevering i USA, Canada, Storbritannia, New Zealand og Australia og identifisert to hovedtilnærminger til farmasøytrekvirering. I noen land har farmasøyt selvstendig rekvireringsrett på lik linje med leger og tannleger, mens i andre land har farmasøyt fått delegert rekvireringsrett fra en medansvarlig lege. Hun viser til at farmasøytrekvirering er en del av en ny trend der farmasøytrollen beveger seg mot et mer klinisk fokus og at det er naturlig å tro at denne trenden vil utvikle seg også i Norge. Det påpekes imidlertid at implementering av farmasøytrekvirering ikke bør innføres på grunnlag av farmasøytters og apotekbransjens ønsker om å utnytte sin kompetanse eller tjene mer penger, men med begrunnelsen at det øker befolkningens tilgjengelighet på helsetjenester og gir en bedre utnyttelse av samfunnets ressurser. ●



# Akkurat passe



*Inspirasjon, kunnskap og omtanke. Der har du Margrethe Sundes viktige stikkord som hun omgir seg med på sitt kontor og deler med de som kommer innom. (Foto: Kristin Sagberg Widén)*



Margrethe Sunde, fagdirektør i apotekkjeden Boots, begynner å snakke om farmasøytrekvirering før Apotekforeningens tidsskrift får stilt det første spørsmålet. – Det er viktig at bransjen legger frem dette på en måte slik at det blir «passe mye». Blir det for stort kommer vi til å tape. Blir det for smått er det ikke noe poeng.

■ Av Kristin Sagberg Widén, farmasøyt

– Vi må finne gode og forståelige begrep. Skrelle bort politikken – komme ned i «paien» og se hva dette egentlig dreier seg om, sier fagdirektøren, og fortsetter ivrig:

– For meg er dette veldig enkelt. Det dreier seg om to nødvendige spørsmål. Hvordan bruker vi ressurser og kompetanse best mulig for framtida? Og hvordan kan og skal apotekene tilføre helsetjenesten enda mer kompetanse og verdi enn i dag? Vi må få frem at vi ikke ønsker konkurranse mellom profesjoner, men kompletterende samhandling til kundens beste. Det er nok jobb til alle. Vi må utfordre dagens praksis ved å stille spørsmål om hvem som i dag best kan bidra med hva.

**Hent inspirasjon andre steder**

Inspirasjon, kunnskap og omtanke. Og energi. Der har du fagdirektørens viktige stikkord som hun omgir seg med på sitt kontor og deler med de som kommer innom. *Hvordan ser du for deg at farmasøytrekvirering skal legges opp?*

– Jeg synes vi skal hente inspirasjon fra blant annet England. La oss lære av andre, og bruke det beste, sier hun.

I England har de flere nivå mellom legeresept og legemidler solgt utenfor apotek: pharmacy prescription og pharmacy

only. Akkurat nå diskuterer de engelske myndighetene innføring av pharmacist only og hvilke muligheter det gir.

– Utad er dette én felles ting, nemlig «dette løser du på apoteket».

Hun tegner ivrig opp sin trappstruktur med pedagogiske trinn.

– Øverst har vi resept fra lege, nederst har vi LUA. Befolkningen har stor og økende tillit til apotekene (TNS gallup) og ønsker å benytte apotek som et lavterskelhelsetilbud. I Norge er det enten LUA eller resept fra lege. Hva med området imellom? Det er et paradoks at på den ene siden er et legemiddel noe som krever restriktive tiltak og resept fra lege, og så ett år senere er det samme legemidlet så «ufarlig» at det kan selges «hvor som helst» og i selvvalg uten noen form for veiledning, sier hun.

**Økt tilgjengelighet som drivkraft**

Margrethe Sunde etterlyser helhet og mer faglig kreativitet.

– Hvis økt tilgjengelighet er drivkraften, hvorfor flyttes da bare produkter ut av fagkanalen apotek og ingenting inn? Hvorfor bruker ikke helsemyndighetene de faglige mulighetene de har med utvidet tilgang gjennom farmasøyter og apotek? Som resultat av beslutninger fra våre myndigheter selges nå halvpar-

ten av reseptfrie legemidler gjennom andre kanaler enn apotek. Nå kommer også legemidler ut i selvvalget i dagligvarebutikkene. Like naturlig ville det vært med en tilsvarende forskyvning fra reseptpliktig legemidler ut i apotek, men her skjer det nesten ingenting i Norge, sier Sunde. Hun fortsetter: – Det er ikke god bruk av de ressursene apotek representerer. Det er ikke god bruk av autorisert helsepersonell. Det gjør noe med alle oss i apotek når det vi er utdannet for å jobbe med ikke sees, verdsettes eller uttrykkes i myndighetenes dokumenter.

**Riktig og rasjonell legemiddelbruk**

*Hvilke fordeler har farmasøytrekvirering for samfunnet?*

– Farmasøytrekvirering er naturlig neste steg på tilgjengelighetstrappen. Det er effektivt for ressursutnyttelsen i helsetjenesten, samtidig som det støtter opp under økt tilgjengelighet. Farmasøytrekvirering er å ta LEON (Laveste effektive omsorgsnivå) på alvor. Det gir økt tilgjengelighet til nødvendige legemidler, samtidig som kunden får den faglige veiledning og kontroll hun fortjener og ønsker, sier Sunde.

LUA-ordningen er et uttrykk for at befolkningen er gitt større ansvar og



« – Den dagen folk snakker om at går til farmasøyten sin på apoteket sitt, da skal jeg feire!

## « – Et apotek er som et Kinder-egg der man får tre ting på én gang: Et bredt og godt sortiment, god faglig veiledning og konkurransedyktige priser.



tillit for egenomsorg ved økt tilgjengelighet. Tilsvarende ville det være helt naturlig og vurdere hvilke legemidler det ikke lenger er nødvendig å gå til lege med og hvor kunden kan velge å gå til apoteket med problemet sitt.

– Det er denne helhetstekningen jeg etterlyser.

Det er fokus på samhandling i helsevesenet. Først og fremst fordi det er klokt, mener Margrethe Sunde, men også fordi det er rasjonelt å utnytte all kompetanse på best mulig måte. Det interessante er da hvordan apotekene best bidrar til at en samhandlende helse-tjeneste.

– Hvilke type (gjentatte) konsultasjoner hos lege kan erstattes av farmasøyt samtale eller farmasøyt rekvirering. Hvordan kan farmasøyter som legemiddelekspert bidra til å frigjøre tid, hos for eksempel legene, slik at de kan bruke sin tid og sine ressurser på diagnose og annen behandling, og på de pasientene som trenger det mest. Man kan ikke advare mot mindre ressurser, og samtidig ikke vise vilje til å tenke nytt til beste for kunden og pasienten. Trine med tydelige påvist og gjentatte urinveisinfeksjon, familien som skal reise til Botswana og trenger antimalaria, Øyvind med akne problemer eller

Petter med øyekatar som ringer legen og får en resept hjemsendt i posten uten å ha snakket med andre enn lege-sekretæren. Alle disse kunne like gjerne fått hjelp direkte på apoteket. Raskere, enklere og sammen med god standardisert veiledning. Dette er en naturlig utvikling i et samfunn der store deler av befolkningen både tar og får større ansvar for egenomsorg og der kompetansen i apoteket er nær publikum.

### Kundene ønsker tjenester i apotek

– Et apotek er som et Kinder-egg der man får tre ting på én gang: Et bredt og godt sortiment, god faglig veiledning og konkurransedyktige priser, sier Sunde.

*Hva slags reaksjoner har kjeden og de enkelte apotekene fått på de tjenester som er utviklet i Boots apotek?*

– Responsen viser at kundene ønsker det. Under hjerteuka Boots gjennomførte i mai med kampanjen «Under 5» hadde vi mer enn 25 000 kundesamtaler med kolesterolmåling. Kundene var svært positive til tilbudet og en stor andel kunne tenke seg å betale for en slik tjeneste i apotek. Min første kunde var en lege – han syntes det var et fantastisk tilbud! Allmennlegeforeningen var imidlertid negativ. Men kolesterolkampanjen dreide seg

ikke bare om måling av totalkolesterol. Fokus på kolesterolnivå ble brukt som en inngangsport for rådgivning om god hjertehelse sammen med Nasjonalforeningen for folkehelse.

### Ta mer faglig plass i helsetjenesten

*Farmasøyter blir ofte stemplet som for forsiktede og tilbakeholdne. Har bransjen fått nok av dette stemplet og vil opp og frem og vise hva den kan? Er det en ny generasjon farmasøyter vi ser? Margrethe Sunde drar litt på det.*

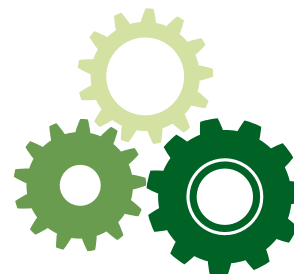
– Tja.... Det har alltid vært ildsjeler i norsk farmasi og mange av enkelt-personene er fortsatt forbilder. Med kjededrift har du imidlertid fått samlet sterke faglige fellesskap med klare felles faglige ambisjoner og handlekraft. Det gir spennende muligheter. Fagutvalget i Apotekforeningen er en inspirasjonsarena uavhengig av kjede og apotektype. Her deler man ideer og iverksetter – fire telefoner så kan det gjøres. Jeg tror engasjert på at faglig styrke og faglig stolthet skaper sjøltillit. Er du trygg på faget ditt så ønsker du å vise det frem og bruke det. Jeg kunne ønske at flere farmasøyter tok mer faglig plass i helsetjenesten og i kundens rom ved å skape og vise verdi hver dag i kundemøtet, sier hun. ●



# Private initiativ bør være velkomne

« – Jeg mener tiden er moden for å omdefinere velferdsmodellen. Jeg mener ikke at vi skal kvitte oss med den.

# Helseutfordringene fremover blir formidable. Fred Selnes mener politikerne bør ta i bruk det private markedet for å løse dem.



n Av Vendil Åse, Apotekforeningen

Selnes er professor ved Institutt for markedsføring ved Handelshøyskolen, BI. Selnes mener at Norge ikke har råd til å fortsette med velferdsmodellen i den formen den har i dag.

– Når vi snakker om helse tror jeg vi må begynne å se på realitetene. Vi har en rekke helseutfordringer som vi vet kommer og som vi må løse. Jeg mener tiden er moden for å omdefinere velferdsmodellen og se på hva den skal dekke. Dette tror jeg er fullt mulig uten at det går utover de svakeste i samfunnet, sier han.

Kan ikke betale mer

OECD har tall som viser at Norge bruker ca. 40 000 kroner per innbygger på helse. Det aller meste av denne summen finansieres i dag av det offentlige, og dette utgjør ca. 18 prosent av statens totale utgifter.

– Politikerne ønsker ikke å øke statens totale utgifter. Jeg tror ikke det er lurt å bruke oljepenger for å betale for offentlige helsetjenester. Derfor betyr økningen i helseutgiftene som vi vet kommer, betydelig reduksjoner på andre områder. Det betyr at politikerne må kutte i andre budsjetter og ta upopulære beslutninger. Hvorfor bruker de ikke heller det private markedet for å løse helseutfordringene? SV så til det private markedet for å løse barnehageproblematikken, sier Selnes.

Og det er ingen tid å miste.

– Behovene og forutsetningene for helsesektoren endres særdeles raskt, og med dagens system vil man hele tiden ligge etter både med produksjonskapasitet og med finansiering. Det betyr lengre køer, dårligere kvalitet, flere misfornøyde brukere og en dårligere velferdsmodell, sier Selnes.

Ledig kapasitet og kompetanse

Han mener blant annet at legemidler og apotek er et marked hvor det går an å la private interesser bidra mer.

– Her ser det også ut som om bransjen selv presser på for å få lov til å gjøre mer. Det virker som om det er mye kompetanse og ledig kapasitet. Fordelene er jo åpenbare. Det er mange apotek rundt om i hele landet og de har lange åpningstider. Her bør man se på hvilke aktiviteter apotekene kan overta som kan komme pasientene og samfunnet til gode. Presset på legene kommer til å øke. Det finnes gode argumenter for at farmasøyter kan ta på seg flere oppgaver, sier han.

Apotekmarkedet er allerede regulert og det finnes gode tilsynsordninger.

– De ulike tjenestene må selvsagt ha klare retningslinjer og føringer fra myndighetenes side. Og det går an å sette i gang med forsøksordninger og prøveprosjekter først for å se hvordan det virker, sier Selnes.

Nye muligheter ved private tilleggsordninger

OECD tror at fremtiden kommer til å by på en miks av det private og det offentlige. De ser på hvor mye penger de ulike landene bruker på helse per innbygger. Og de ser hvordan landene fordeler kostnadene mellom den offentlige og den private økonomien. Denne statistikken viser at det skjer en glidning over på mer privat finansiering.

Selnes skisserer to måter å bruke det private markedet på i Norge.

– Man kan åpne for at private aktører tilbyr produkter og tjenester for å øke kapasiteten uten at staten bruker penger eller tar på seg risikoen ved å bygge et

sykehus eller investere i nye maskiner etc. Å slippe til det private markedet er en måte å få opp kapasiteten i helse Norge på.

– I tillegg kan man åpne opp for de private kundene, for å kalle dem for det. Her kan pasienter betale for noen av helsetjenestene man har behov for. Her må det nok en holdningsendring til. Jeg tror ikke det er lav betalingsvilje i Norge. Men folk mener at helse skal være gratis og et felles gode. Men jeg tror vi er nødt til å rokke litt på balansen mellom hva som er gratis og hva pasientene må dekke selv, sier Selnes.

Mange er i mot at kommersielle aktører skal tjene gode penger på folks dårlige helse.

– Jeg synes ikke det er et godt argument. Her går det fint an for myndighetene å legge føringer og retningslinjer for hvordan dette skal løses på en fornuftig måte, sier Selnes.

– Vi er nødt til å tenke annerledes når det gjelder finansiering av helse tjenester. Vi får en økende andel eldre innbyggere som kommer til å ha behov for helsetjenester. Ergo trenger vi blant annet flere sykesenger, leger og sykepleiere. I tillegg går den teknologiske utviklingen fort fremover, både i form av nye medikamenter, nytt utstyr og nye behandlingsformer. Det er dyrt å holde seg oppdatert på alt dette, sier Selnes.

– De tiltakene som settes inn i helse Norge nå, for eksempel sammenslåingen og omorganiseringen av sykehus, har alle som mål å redusere kostnadene, ikke å øke kapasiteten, sier han.

# Vil være med

Legemiddelfirmaet Pfizer vil gjerne være med i prosessen med farmasøytrekvirering.

■ Av Kristin Sagberg Widén, farmasøyt



Tale Scott i Pfizer. (foto: Kristin Sagberg Widén)

– Pfizer har mange etablerte og godt utprøvde legemidler som kan være egnet for å inngå i en ordning med farmasøytrekvirering, sier Tale Scott, medisinsk rådgiver i Pfizer.

## Riktigere legemiddelbruk

– Jeg jobber i en avdeling som har ansvar for etablerte produkter, det vil si primært preparater som er gått av patent og generika. Vi jobber mye mot apotek. Derfor er vi spesielt interessert i å følge med på hva som rører seg i apotekbransjen og å få komme med innspill når det er saker som berører oss som legemiddelfirma. Når det gjelder farmasøytrekvirering vil vi gjerne være med i prosessen, fortsetter hun.

– Vi er imidlertid ikke udelt positive til farmasøytrekvirering, det finnes en del potensielle problemer som må tas hensyn til, for eksempel økt forbruk og flere bivirkninger. Samtidig vil alternativet med «betinget apotekutlevering» gi mer kontroll med legemidler som i utgangspunktet er klassifisert som reseptfrie, sier Tale Scott.

*Hvilke fordeler ser du for kundene og samfunnet ved å innføre farmasøytrekvirering?*

– Det må fremfor alt være riktigere legemiddelbruk og bedre bruk av de

ressursene vi har i helsevesenet, sier Scott.

Hun mener at apotek og farmasøyt er et godt supplement til lege. Apotekdekning i hele landet er også god.

– Den gode tilgjengeligheten gjør det enkelt for pasienten å få hjelp med behandling av ukompliserte plager. Farmasøytrekvirering er ikke synonymt med frislipping, men det sikrer at pasienten får kontakt med helsepersonell og at eventuell behandling dokumenteres. Samtidig kan legen bruke sin tid på de som trenger det mest, sier hun.

## Mer fleksibilitet

*Hvilke tanker har Pfizer gjort seg når det gjelder rammer rundt en slik ordning i Norge?*

– Vi tenker oss at farmasøytrekvirering vil være med på å gi en mer fleksibel ordning ved å utgjøre en mellomting mellom reseptpliktige legemidler og legemidler solgt utenom apotek. Det er viktig at den er av et visst omfang og at den ikke fører til at noen unnlater å oppsøke lege i situasjoner der det er behov for klinisk vurdering. Vi ser for oss at rekvirering skjer etter fastsatt skjema, som med Tamiflu, og at det må være samarbeid mellom lege og farmasøyt.

Farmasøyten skal ikke ta legens rolle, men avlaste slik at legen får mer tid til de pasientene som virkelig trenger deres hjelp, samt bidra til riktigere legemiddelbruk ved å gi informasjon, sier Scott.

## God kompetanse

*Hvilke utfordringer må farmasøyter og apotekbransjen være spesielt oppmerksomme på ved farmasøytrekvirering?*

– For å nå målet om riktigere legemiddelbruk er det viktig med god kompetanse hos farmasøytene, sier Scott.

Hun mener det må satses på opplæring, og at farmasøytene må kjenne sine begrensninger og henvise til lege for klinisk undersøkelse der det er behov for dette.

– Videre må man tenke på hvordan man skal forholde seg til problemet med at samme instans får rekvirere og selge legemidler, men dette er noe man har valgt å se bort fra i andre land. Ved bruk av standardskjema og god dokumentasjon bør dette kunne la seg løse, mener hun, og legger til:

– Ressurstilgang, spesielt på små apotek, er også en utfordring som må løses. Det kan ikke være slik at tjenesten ytes kun på et fåtall store apotek. Alle må være med, sier Tale Scott. ●

